Rok XXXI. Kraków, 25 Czerwca 1892. Nr. 26.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmuje: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{8}$ „	„ 6 „

I. O wycięciu kiszki ślepéj wobec zwężenia rakowego i bliznowatego.

Napisał

Wład. Matlakowski,

Ordynator szpitala „Dzieciątka Jezus“ w Warszawie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 25.)

Ręka w rękę z doświadczeniami mnożą się operacyje na człowieku. Hacker [1]) ogłasza dwie pomyślne ileokolostomije, w jednym przypadku z powodu cylindrycznego zwężenia kiszki ślepéj, w drugim z powodu stryktury rakowatéj powstałéj skutkiem recydywy po wycięciu kątnicy przed $1\frac{1}{2}$ rokiem. W. Meyer (z New Yorku) [2]) połączył *colon ascendens* z *colon transversum* z powodu raka *flexurae hepaticae*; Abbe [3]) wykonał spojenie poprzecznicy z okrężnicą wstępującą przy raku *flexurae hepaticae*; Wahl [4]) zaś połączenie między poprzecznicą i *s. romanum*; Riedel [5]) w krótkiéj notatce wspomina o trzech anastomozach z powodu gruźlicy i raka k. ślepéj wykonanych w ciągu jednego roku. Senn [6]) w *Journal of the American medical Association* zdawał sprawę z dwóch resekcyj k. ślepéj z następowem spojeniem (*ileo-colostomia*).

Spojenie kiszek znalazło zastosowanie w chirurgii przy rozmaitych wskazaniach; nietylko przy zwężeniach nowotworowych i zapalnéj natury, lecz także przy krętych, rozgałęzionych i licznych przetokach, w modzelowato zmienionéj ścianie brzusznéj i w dole biodrowym, które czynią wycięcie kiszki operacyją albo bardzo długą i niebezpieczną, albo wprost niemożliwą (Hacker, Salzer), przy *anus praeternaturalis* (Hacker, Caponotto), przy ranach postrzałowych (Hacker), w przepuklinach, gdzie jest podejrzenie zgorzeli (Helferich [1]). W niniejszéj pracy dotknąć możemy jedynie wskazań enteroanastomozy przy zwężeniach wskutek spraw nowotworych i zapalnych, prowadzących do wytworzenia guzów.

Spojenie kiszek nie stanowi, właściwie mówiąc, operacyi konkurencyjnéj dla resekcyi + enterorafii. Ideałem w każdym przypadku będzie złe usunąć, a końce kiszki odrazu ze sobą zeszyć; dopiero gdy jedno lub oba z tych usiłowań okażą się niemożliwemi, wtedy anastomoza kiszek wchodzi w swoje prawa, jako operacyja, mająca zupełnie usunąć z obrębu chirurgii rzyć sztuczną. Chociaż niebrak wśród największych powag, dowodem czego Paget, Billroth [2]), chirurgów, którzy są przekonania, że uleczenie radykalne raka jest niemożliwe, przecież wątpię, aby się kto znalazł, ktoby na téj podstawie doradzał i w lżejszych technicznie przypadkach, nadających się do resekcyi i zeszycia, zamiast nich anastomozy; owszem właśnie Billroth jest zdania, że ze względu na dobro chorego, nie należy cofać się choćby przed najcięższą operacyją; dla tego też zdaje mi się, iż anastomoza kiszek, choć względnie lżejsza, nie powinna znaleść zastosowania w żadnym przypadku, w którym możliwą jest resekcyja + enterorafija.

Na odwrót wręcz odmiennie przedstawia się rzecz, gdy się zestawia anostomozę z rzycią sztuczną: tutaj utrzymać należy zdanie Senna [3]), który słusznie powiada, że utworzenie sztucznego odbytu przy leczeniu zamknięć kiszki należy wykonywać jedynie w przypadkach, w których ciągłość kanału kiszkowego nie może być przywróconą za pomocą kiszkowéj anastamozy. Ta ostatnia może być wykonaną albo sama przez się bez resekcyi kiszki w przypadkach, jeżeli wyciąć chorobowo zmienionéj kiszki nie można, lub wycięcie choć technicznie i możliwe, lecz przez wzgląd na stan ogólny cho-

[1]) *Wiener klinische Wschrft.* 1888 Nr. 17 i 18. — [2]) Przytoczony w *Greig Smith' Abdominal Surgery.* 3 wydanie str. 489. — [3]) *Centralblatt für Chirurg.* 1889. str. 847. — [4]) *St. Petersburger med. Woch.* 1889. Nr. 24. — [5]) *Centralblatt. f. Chir.* 1889 str. 288. — [6]) Streszczenie niedostateczne w *International Journal of the medical sciences* 1890. T. II str. 413.

[1]) *Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chir.* XX. Congress, 1891 str. 121. — [2]) Głos na Zjeździe międzynar. w Berlinie, według Sprawozdania *Revue de Chirurgie.* — [3]) l. c. teza 24 ta.

rego jest niebezpiecznem (punkt wyjścia do anastomozy dla Maisonneuvéa, Adelmanna, Hackera, Billrotha itd.), albo po dokonanéj resekcyi, gdzie atoli zeszyć końców kiszki już spowodu wycięcia zbyt dużego odcinka, już też z powodu nieruchomości końców niepozwalających na zbliżenie i dopasowanie bez naciągnięcia, zagrażającego pewności szwu (Senn, teza 23 l. c.), a zatem w przypadkach podobnych tym, gdzie Schede, Martini, Koenig i inni zrobili odbyt sztuczny z musu, nie mogąc dokonać enterorafii.

Określiwszy w ten sposób wzajemny stosunek entororafii, sztucznéj rzyci i anastomozy kiszkowéj, przechodzę obecnie do niektórych stron technicznych tych trzech operacyj.

1. *Resectio + Enterorrhaphia.* *a)* Powiedzieliśmy wyżéj, iż przy raku pożądanem jest wycinanie nietylko saméj kiszki, lecz także i odnośnéj kreski, zawierającéj w sobie gruczoły i naczynia chłonne zakażone przez nowotwór, a to celem uniknięcia lub przynajmniéj opóźnienia recydywy. Brak w kresce najlepiéj jest zaszyć szwem węzełkowym, lub ciągłym. Niektórzy jak Bouilly otworu nie zaszywali, obawiając się, aby w szew nie wziąć naczyń krwionośnych samego brzegu końców przeciętéj kiszki. Obawa ta o tyle jest uzasadnioną, że przy szyciu powinno się zajmować jak najmniéj tkanki kreski, unikając zajęcia w szew widocznych naczyń, i w ogóle nie szyć na ślepo. Natomiast szew oddaje przedewszystkiem tę usługę, że ze swéj strony zapobiega rozciągnięciu się zeszytych końców, ubezpiecza zatem szew kiszkowy, a w przyszłości zapobiega możliwemu wślizgnięciu się jelita w pozostawiony otwór w kresce.

b) W przeważnéj liczbie przypadków autorowie zaznaczają, iż nie mieli żadnych trudności w dopasowaniu świateł. Skutkiem długiego trwania zwężenia k. cienka ponad przeszkodą ulega rozszerzeniu niekiedy bardzo znacznemu, tak iż światło jelita biodrowego nie różni się od kalibru kiszki grubéj wstępującéj. Co większa w jednym ze swoich przypadków Maydl znalazł kiszkę cienką tak rozszerzoną, iż zmuszony był wyciąć z pierwszéj jeszcze 7 ctm., aby zyskać żądaną równość świateł. Gdzie zachodzi stosunek odwrotny, radzić sobie należy w sposób wypróbowany przy resekcyi odźwiernika, a zatem albo przez skośne obcięcie k. biodrowéj, jak zrobił Czerny, albo przez wycięcie klina z kiszki grubéj, jak postąpił Billroth. t. z. *Zwickelbildung*, albo kombinując oba te sposoby, jak sobie radzili Bergmann i Hofmokl. Jeśli dobrze zrozumiałem Senna, to autor ten radzi uciekać się do anastomozy we wszystkich przypadkach, gdzie enterorafija niemożliwą jest z powodu różnicy w wielkości świateł końców kiszki. Trudno się zgodzić na to wskazanie, sposoby bowiem, jakich użyli Billroth, Bergmann, Czerny i Hofmokl nietylko złemu zaradziły, lecz dały wyśmienity rezultat, bo wyzdrowienie niczem niezakłócone.

Natomiast w obu swoich przypadkach natrafiłem na inną trudność przy szyciu, wynikającą z nadzwyczajnéj cienkości ściany k. grubéj poniżéj przeszkody. Doświadczenia Senna wykazują, jak szybko, gdyż już w 33 dni (doświadczenie 71) a nawet w 18 dni (doświadczenie 73) po wykluczeniu pewnéj części jelita (*Ausschaltung*), to ostatnie znajdował zanikłem. Przy długiem, niekiedy całe lata trwającem zwężeniu, ściana kiszki poniżéj przeszkody staje się nadzwyczaj cienką, tak że nakładanie szwu piętrowego jest bardzo utrudnionem; w moim drugim przypadku ściana k. cienkiéj była tak grubą i niepodatną, jak ściana odźwiernika, gdy tymczasem ściana kiszki grubéj była ścieńczała i przy szyciu nawijała się, wpochwiała na pierwszą.

c) W kilku przypadkach po resekcyi kątnicy przekonał się Billroth, iż po przyszyciu w zwykły sposób kiszki biodrowéj do okrężnicy wstępującéj, następowało załamanie kanału kiszkowego pod kątem *(Knickung)*, które w dwóch przypadkach było powodem całkowitego zamknięcia światła kiszki. Dla uniknięcia podobnéj ewentualności Billroth [1]) zmodyfikował przyłożenie kiszek w ten sposób, że zaszywa zupełnie przeciętą okrężnicę, a koniec k. biodrowéj wszywa w podłużne cięcie umyślnie na to zrobione w okrężnicy; w ten sposób naśladuje stosunki naturalne, gdyż k. biodrowa łączy się tak samo pod kątem prostym z okrężnicą wstępującą, jak przedtem z k. ślepą. Sposób ten stanowi przejście do anastomozy kiszkowéj, i w odpowiednich przypadkach powinien być uwzględniony. Połączeniem kiszki biodrowéj z grubą po dokonanéj resekcyi zajmował się wiele Bassini [2]) który ostatecznie podaje, że najwłaściwsze są dwa następujące sposoby: albo podobnie jak w modyfikacyi Billrotha zamyka się wolny koniec *coli* jako ślepy worek, a w podłużnem cięciu jego umieszcza się i wszywa *ileum*, albo tworzy się rodzaj wpochwienia k. biodrowéj w kiszkę grubą. Tę ostatnią metodę Bassini wypróbował na trupach i na psach i zdaniem jego jest lepszą od pierwszéj, gdyż u psów daje dobry wynik w tydzień. W najnowszym czasie operacyję tę wykonał z powodzeniem i na człowieku.

d) Nie mam zamiaru wdawać się w rozbiór rozmaitych rodzai szwu kiszkowego, który to przedmiot wielokrotnie i gruntownie był poruszany; chcę tylko zauważyć, że nie miałem sposobności przekonać się o wartości praktycznéj modyfikacyj wprowadzonych przez Senna. Przy wielokrotnych operacyjach na kiszkach i żołądku trzymałem się stale szwu Lambert-Czernego cieniutkim jedwabiem i nie miałem powodu żałować tego, chociaż przyznaję, iż to jest część operacyi bardzo zmudna. Koenig (l. c. str. 917) przemawia również za zwykłemi sposobami szycia, uważając *„alle Künsteleien“* do połączenia kiszki za zupełnie zbyteczne. Salzer przyznaje, iż przy Sennowych *bone plate sutures* zyskuje się wiele na szybkości, wszelako przy operacyjach na człowieku ma wyższość szew Czernego i Wölflera, gdyż pozwalają na pewniejsze dopasowanie (*adaptatio*) oddzielnych warstw ściany kiszkowéj.

e) Zeszytą kiszkę uwalniamy od ucisku palców asystenta, lub od zaciskadeł, podwiązek elastycznych, pasków gazy jodoformowéj i t. p. środków, które miały na celu powstrzymanie wypływu zawartości, a starannie obmywszy wprowadzamy do jamy otrzewnéj, pozostawiając ją pewien czas w spokoju, poczem jeszcze raz wyjmujemy, dla ostatecznego obejrzenia, czy ściana jéj w okolicy szwu posiada cechy żywotności. Zazwyczaj już podczas szycia kropelki krwi sączące się z każdego ukłucia świadczą, że szyta tkanka jest żywą. Jeśli końce kiszki były mocno zaciśnięte, dopiero po zdjęciu zaciskadeł lub podwiązek ustala się krwiobieg w zaszytych częściach, nabierają różowego koloru oraz pewnéj właściwéj jędrności, szczególniéj gdy zeszyta pętlica odprowadzoną została do jamy otrzewnéj, gdzie warunki krążenia powracają do normy, z powodu że ustaje naciągnięcie

[1]) *Centralblatt f. Chir.* 1889. S. 929. — [2]) Sprawozdanie z VI Zjazdu Chir. włoskich. *Wiener med. Presse* 1889. Nr. 21.

kreski, względnie jéj naczyń, naciągniętych podczas przebywania kiszki na zewnątrz jamy brzusznéj. Obawa zakażenia otrzewnéj przez wydostanie się zawartości kiszkowéj, czy to skutkiem zgorzeli części ściany pozbawionéj dopływu krwi, czy to skutkiem obumarcia przez zbyt gęste nałożenie szwów lub przez zbyt silne ich ściągnięcie przy wiązaniu, czy też skutkiem przesiąknięcia zawartości między szwami, czy wreszcie przez puszczenie jakiego szwu, który przeciął ścianę kiszki, zanim nastąpiło dostatecznéj wytrwałości sklejenie tkanek jest źródłem szeregu propozycyj, mających na oku zapobieżenie téj fatalnéj ewentualności. Ideałem pozostanie zawsze wpuszczenie zeszytéj kiszki i zaszycie zupełne cięcia w ścianie brzusznéj; ideał ten osiągnięto w wielu razach, jak świadczy zebrana kazuistyka; nie zawsze jednak jest on do osiągnięcia możliwy, lub pożądany. Najprzód przedstawiają się przypadki podobne mojemu drugiemu, gdzie zamknięcie jamy otrzewnéj okazuje się niemożebnem z powodu wycięcia dużego odcinka ściany brzusznéj; zeszyłem ją wprawdzie płaty skóry, lecz rogi płatów skutkiem cienkości i zbytniego naprężenia uległy zgorzeli. Thiersch nie mógł zaszyć rany brzusznéj również z powodu zbyt znacznego braku. Lecz pomijając nawet te wyjątkowe przypadki, sądzę że w pewnych razach bezpieczniéj jest pozostawić pewną część rany brzusznéj otworem, a przez wprowadzenie drenu, lub, co bez porównania lepiéj, pasków gazy jodoformowéj, zapewnić odpływ na zewnątrz wydzielinie, któraby w przeciwnym razie dostać się musiała do jamy otrzewnéj. Tego rodzaju drenowanie za pomocą pasków gazy jodoformowéj właściwem wydaje mi się w przypadkach, gdzie przyszło pokonywać obszerne zrosty z powięzią dołu biodrowego, gdzie uległ przecięciu i podwiązaniu moczowód, gdzie z powodu niemożebności wydobycia guza z rany na zewnątrz, operacyja musiała odbywać się w jamie otrzewnéj, gdzie istniały przetoki, lub ropnie po za guzem, w ogóle gdzie operacyja nie szła gładko i powiklana była nie pożądanemi wydarzeniami.

Wielokrotne spostrzeżenia w przypadkach owarjotomii, gdzie po zdjęciu szwów, pod wpływem kaszlu lub niespokojności choréj, rozkleiły się brzegi rany brzusznéj i pętlice kiszek wypadły z jamy otrzewnéj, pouczają, iż pętlica jelita może pozostawać czas pewien nazewnątrz jamy otrzewnéj, a potem bez niebezpieczeństwa być do niéj odprowadzona. Dla zapobieżenia zakażeniu otrzewnéj w razie puszczenia szwu, umieszczenie zeszytéj pętlicy na zewnątrz rany brzusznéj byłoby rownież odpowiedniem, gdyby nie przeciwważyły tego liczne ujemne strony jak załamanie pod kątem (*Knickung)*, przypadające właśnie na miejsce zeszyte, a stąd naprężenie zeszytych tkanek, daléj utrudnienie dopływu i odpływu krwi przez nacisk rany brzusznéj, obniżające żywotność tkanek a tem samem dzielność sprawy zrastania. Maydl [1]), a za jego przykładem R. Weir [2]) radzą następującego sposobu, który usuwa większość stron ujemnych, zapewniając mimo to na zewnątrz drogę zawartości kiszkowéj w razie zawodu ze strony szwu. Pozostawia się ranę brzuszną otworem, ażeby zaś przeszkodzić możliwemu sklejeniu warg, obrąbia się je listkiem ściennym, lub trzyma w oddaleniu jeden od drugiego za pomocą wrowadzenia między nie gazy jodoformowéj. Na dnie rany umieszcza się zeszyte miejsce kiszki, która spoczywając na stałéj podstawie dołu biodrowego i posiadając bardzo krótką kreskę, lub wcale jéj pozbawiona (*c. ascendens*) nie ma żadnéj dążności do wśliźnięcia się daléj w jamę brzuszną i do oddalenia się od rany brzusznéj. W ten sposób można przeczekać, póki nie okaże się, iż zrośnięcie końców kiszki już nastąpiło, poczem zeszywa się ranę brzuszną szwem wtórnym. Pozostawiając część lub całą ranę brzuszną otworem, nie ma się tu czego obawiać wypadnięcia trzew, z powodu że w razie pomyślnego przebiegu brzuch pozostaje małym, ściana nie napiętą, że wreszcie przez nacisk bandaża i opatrunku można zapobiedz wypadnięciu jelit.

Mimo swojéj prostoty uciekać się należy do téj drogi postępowania jedynie w przypadkach wyjątkowych, gdzie czy to skutkiem wycięcia zbyt dużego odcinka jelita, istnieje pewne naprężenie zeszytych końców i kreski, czy też istnieje niepewność co do ich żywotności. Tegoż samego zdania jest Greig Smith [1]).

W przypadkach, gdzie wskazanem jest drenowanie jamy brzusznéj, wprowadzona gaza w charakterze drenu, będzie zarazem pełniła rolę przewodnika dla zawartości kiszkowéj nazewnątrz w razie puszczenia szwu, należy wtedy miejsce zeszyte umieścić naprost otworu pozostawionego w ranie brzusznéj tak, aby paski gazy dochodziły do linii szwu.

Doradzając wyżéj wycięcia i enterorafii doraźnéj, a teraz wpuszczenia zeszytéj kiszki i zamknięcia całkowitego jamy brzusznéj jako prawidła i dopuszczając odstąpienia od niego tylko w wyjątkowych razach, opieram się z jednéj strony na idealnie pomyślnych wynikach, jakie osiągnęli Czerny, Gussenbauer, Bergmann, Bouilly, Durante i ja w pierwszym przypadku, z drugiéj na pewnych konsyderacyjach, przemawiających za tym sposobem postępowania. Nie należy zapominać, jak wielka zachodzi różnica między enterorafiją k. cienkiéj z powodu zgorzeli pętlicy, a znowu k. grubéj z powodu nowotworu lub bliznowatego zwężenia. Przy tym ostatnim większa część warunków, zmniejszających pewność szwu, sprowadzoną jest do minimum; nie ma zapalenia otrzewnéj, którego początkowe okresy tak często spotyka się przy zgorzeli kiszki; przecina się kiszkę w zdrowych częściach, brzegi więc są zdolne do plastyki, nie upośledzone w odżywieniu; jama przewodu pokarmowego może być opróżnioną, nie ma więc rozdęcia kanału, naprężenia ściany i rozciągnięcia szwu, a tem samem wciskania się zawartości kiszkowéj między zeszyte brzegi; nakonicc operowana kiszka leży ekscentrycznie od jamy brzusznéj i może być do pewnego stopnia od niej odosobnioną tak, że utworzenie się przetoki kiszkowéj nie sprowadza wylania się zawartości do jamy otrzewnéj, lecz najczęściéj na zewnątrz, jak było w moim drugim przypadku, oraz w przypadku Bouillego. Kierując się tą samą myślą Senn [2]) zaleca przyczepienie zeszytego odcinka za pomocą szwu kresko-otrzewnowego w okolicy biodrowo-kątniczéj. W dwóch tylko przypadkach śmierć nastąpiła, między innemi przyczynami i skutkiem wylania się zawartości kiszkowéj do jamy otrzewnéj (Czerny, Jones); i dla tego w każdym przypadku pożądanem jest umieszczać zeszyty odcinek kiszki naprost rany brzusznéj; gdy ta ostatnia zrobioną była ponad więzem Pouparta, zeszyta pętlica bę-

[1]) *Beitraege zur Darm-Chirurgie* 1885. *Allg. Wiener med. Zeitung. Separat Abdruck* str. 15. — [2]) *Resection of the large intestine for carcinoma Annals of surgery.* 1886. T. III. str. 475.

[1]) *Abdominal Surgery.* 3 *edition* str. 487. — [2]) *The international Journal of the med. Sciences.* 1890, T. II. str. 413.

dzie się znajdowała w zetknięciu ze ścianą brzuszną i z dołem biodrowym, zdala od innych pętlic, a przez to możliwość zakażenia otrzewnéj jeszcze bardziéj się zmniejszy.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Przyczynek do kazuistyki chorób narządu moczowego u dzieci.

Podał
Dr. Bolesław Komorowski,
sekundaryjusz I. szpitalu św. Ludwika.

Pośród nielicznych i wogóle nie często u dzieci napotykanych chorób narządu moczowego zajmują kamyki moczowe tak ze względu na swoję względną częstość jak i na swą ważność, wreszcie i rozmaitość objawów jedno z pierwszych miejsc. Z badań Elsässera, Martina, Virchowa, Vierordta, Engla i innych wiemy, że zawał moczanowy natrafiamy u noworodków jako złogi moczanowe w ostrosłupkach i kanalikach nerkowych, co jest sprawą poniekąd fizyjologiczną, gdyż wobec wpływu otaczającéj atmosfery skutkiem zwiększonéj przemiany materyi, wytwarzania się ciepła, rozpoczynającéj się czynności oddechowéj i trawienia obok równo cześnie mało zużytych ilości wody, połączenia moczanowe nie mogąc być rozpuszczone, strącają się i osadzają w kanalikach nerkowych. Lecz ten fizyjologiczny zawał moczanowy, który w warunkach prawidłowych nie wywołuje żadnych przypadłości ze strony wydzielania moczu, może w stosunkach patologicznych dać powód do powstania piasku względnie kamyków nerkowych, mogących się usadowić w kielichach nerkowych, a następnie dostawszy się do pęcherza stanowi znów jądro kamyka pęcherzowego. Kamyk nerkowy lub pęcherzowy w całości lub też jego odłamek powstały bądź sztucznie drogą operacyjną bądź samoistnie (*Spontanfractur)*, co jest możebnem według zdania prof. Ultzmanna i lekarzy angielskich Browne i Clarke, skoro ugrzęźnie w cewce zowiemy zwykle kamykiem moczowym, pomimo, że tamże samoistnie powstać nie może. Miejsca usposabiające do usadowienia tegoż są: część błoniasta i ujście zewnętrzne cewki. Obszerne statystyki znajdujemy co do tego cierpienia w literaturze, i tak Neupauer[1]) opisuje 192 przypadków kamyków moczowych, Bókai[2]) 300 przypadków, S. Werewkin[3]) 221 przypadków zebranych w Wladimirowskim szpitalu w Moskwie.

Co się tyczy wogóle wieku, w jakim napotykamy kamyki moczowe u dzieci, to najczęściéj między 2 a 4 rokiem życia — zaś co do płci, to najczęściéj u chłopców, u dziewcząt bardzo rzadko, co wynika ze stosunku długości i szerokości cewki moczowéj obu płci do siebie. I tak prof. Bokai w swojéj statystyce opisuje na 300 kamyków 10 u dziewcząt, Dr. Werewkin na 221 przypadków 11, a w statystyce z kliniki chirurgicznéj uniwersytetu peszteńskiego na 135 7 u dziewcząt.

[1]) Dr. Neupauer: *Ueber Harnsteine bei Kindern mit Berücksichtigung der aus 192 Steinen bestehenden Sammlung des Pester Armen-Kinderspitals. Jahrbuch f. Kinderheilkunde* N. F. T. V, s. 373. — [2]) Dr. Bókai: *Die Krankheiten der Harnblase. Handbuch der Kinderkrankheiten*, Gerhardt T. IV. C. s. 580 i 600. — [3]) Dr. Werewkin: *Lithiasis und Lithotomia bei Kindern. Jahrbuch f. Kinderheilkunde.* N. F. T. XXII, s. 267.

Do szpitala św. Ludwika w Krakowie (na 3000 chorych leczonych bądź ambulatoryjnie, bądź stale w czasie od 1 maja do listopada 1891) zgłosiło się trzech chorych z przypadami utrudnionego moczenia, z powodu kamyków moczowych wgłobionych w cewce moczowéj.

I przyp. Michał Stolnik, lat 2, z Podgórza. Rozpoznano *calculus urethrae subsequente retentione urinae.* Wywiady: Podczas oddawania moczu nagle przed 12 godzinami wystąpił znaczny ból w cewce, strumień moczu przerwany i od téj chwili zupełne zatrzymanie moczu. Chory ciągle niespokojny, krzyczy, a ból swój lokalizuje dotykiem na końcu prącia. Podobnych przypadłości nie doznawał przedtem.

Stan obecny: prącie w stanie naprężenia, nieco wydłużone, żołądź miernie obrzmiała, przy dotyku bardzo bolesna a z ujścia zewnętrznego cewki wystercza kamyczek ściśle przylegający do obrzmiałych ścian tejże. Dalsza część cewki jakoteż okolica międzykrocza niebolesna. Badając okolicę pęcherza oglądaniem, obmacaniem i wypukiem stwierdzić można, iż tenże znacznie płynem wypełniony i sięga prawie dwa palce poniżéj pępka.

Leczenie: Wobec znacznie rozszerzonego pęcherza przystąpiono natychmiast do wydobycia kamyka z cewki. Ponieważ ani sondą nie można było z boku podejść ani pinsetą uchwycić kamyczka, gdyż przylegał szczelnie do obrzmiałych ścian ujścia zewnętrznego cewki, dlatego rozszerzono skalpelem ujście i wydobyto kamyczek nadzwyczaj twardy, zbity, o powierzchni gładkiéj, barwy szarawo-żółtawéj, długości 5 mm., obwodu 3 mm. Mocz, który natychmiast odpłynął silym strumieniem, badany chemicznie i drobnowidowo żadnych zmian nie okazywał. Przypadek ten leczony był tylko ambulatoryjnie, dlatego po wyjęciu kamyka ograniczono się tylko do stosowania okładów z rozczynu Boorova.

II. przyp. Józef Machno, lat 4, ze Skotnik. Rozpoznano: *calculus urethralis subsequente retentione urinae.* Anamn: Nagle podczas urynowania przed 5 godzinami chory uczuł znaczny ból w cewce, a mocz odpływał zaledwie kroplami. Ból lokalizuje na końcu prącia.

Stan obecny: Dziecko dobrze odżywione, w organach wewnętrznych żadnych zmian wykazać nie można. Narząd moczowy: Prącie znacznie wydłużone, żołądź obrzmiała, z ujścia zewnętrznego cewki wystercza dość znacznie malutki kamyczek. Badanie okolicy pęcherza moczowego oglądaniem, obmacaniem daje wynik ujemny, zaś wypukiem stwierdzono nad spojeniem kości łonowych stłumienie na wysokości $1^1/_2$ palca, co odpowiada nieco rozszerzonemu pęcherzowi.

Leczenie: W tym przypadku wydobycie kamyczka było bardzo łatwe, gdyż po podważeniu go sondą, sam wraz z moczem odpłynął, kamyk przedstawiał powierzchnię gładką, konsystencyję dość zbitą, długości $2^3/_4$, obwodu $1^1/_2$ mm. Mocz badany żadnych zmian co do składników morfotycznych jak i co do składu chemicznego nie przedstawiał.

III. przyp. Jan Rossowski, lat 4, z Chrzanowa. Rozpoznano: *Calculus urethralis subsequente retentione urinae, infiltrationes urinosae subsequente gangraena scroti et praeputii. Cystitis diphthcritica, amoniaemia.* Anamn: Chorób żadnych nie przebywał, od dwóch tygodni nieregularnie oddaje mocz, czemu towarzyszą bóle, mocz odpływa czasem kroplami, to znów strumieniem, nieraz nagle się przerywającym, krwi w moczu nie było nigdy. Chory leczony był poza Krakowem, gdzie według podania rodziców był kilkakrotnie kateteryzowany, a w dzień przyjazdu do szpitala św. Ludwika wykonano na mosznach jakoteż na prąciu kilka nacięć dość powierzchownych.

Stan obecny: 25/IX wieczór. Dziecko dobrze odżywione, nieprzytomne, śpiączka ciągła. Zrenice słabo oddziaływają, rozszerzone. Na kończynach górnych i dolnych kurcze to kloniczne to toniczne, wymiotów brak, ciepłota 39·9° C. W narządzie oddechowym zmian przedmiotowych brak. Oddech zwolniony (14). W narządzie krążenia, na wargach i policzkach nieznaczna sinica. Granice serca prawi-

dłowe, tony nader głuche, tętno bardzo częste, słabo napięte, przepuszczające, nie dające się zliczyć. Narząd moczopłciowy: Pęcherz moczowy wypełniony, sięgający aż do pępka, moszna, prącie jakoteż powłoki skórne i tkanka podskórne w obu pachwinach i w okolicy międzykrocza deskowato-twarde, naciekłe. Miejsca te przy dotyku nieco bolesne, lecz znaczniejszéj bolesności w miejscu ograniczonem nigdzie nie można było stwierdzić, bo chory nieprzytomny. Moszna w miejscu, gdzie były wykonane 3 nacięcia, jakoteż prącie, gdzie nie wiedzieć czy to z powodu stulejki (gdyż pozostały tylko zrosty między wewnętrzną blaszką napletka a żołędzią), czy z powodu nacieku moczowego, dokonano nacięcia napletka, przedstawia typowy obraz zgorzeli.

Leczenie: Na razie ograniczono się do wypuszczenia moczu miękkim kateterem Nélatonowskim w ilości 600 k. c., który natychmiast badany, okazywał cechy niżéj opisane, a lokalnie po antiseptycznem opatrzeniu owych nacięć zastosowano okłady liquore Boorovi. Wewnętrznie podano olejek rycynowy a po należytem przeczyszczeniu zastosowano środki podniecające: koniak, wino, kofeinę, natrum salicylicum po 0·03 *pro dosi* co 2 godziny okład lodowy na głowę.

26/IX. Naciek moczowy w pachwinach się zwiększył i posunął się częścią ku powłokom brzusznym, częścią ku wewnętrznéj stronie ud i to szczególnie prawego. Chory oddaje mocz swobodnie, który wypływa otworem między skórą prącia a ciałem jamistem cewki koło więzadełka. Nad spojeniem łonowem stłumienia wybadać nie można. Ciepłota 40° C., tętno przepuszczające, nieregularne, nie dające się zliczyć. Drgawek i kurczów brak, śpiączka prawie ciągła.

Leczenie: Miejsca naciekłe głęboko nacięto, wytamponowano gazą jodoformową a na to okład liquor Boorovi. Nacięcia te wykonano w sposób następujący: na mosznach z każdéj strony po dwa poprzeczne, równolegle prawie do siebie a prostopadłe do *raphe*, na dolnéj powierzchni prącia nacięcia aż do *corpus cavernosum*, a w obu pachwinach po jednem głębokiem nacięciu. Wieczór ciepłota 38·8, tętno nieco silniéj napięte, mimo to zliczyć się nie daje. Wewnętrznie *excitantia*.

27/IX. Ciepłota rano 38·8, wieczór 38·4° C. Tętno silniéj napięte waha się między 110 a 130. Chory nieco przytomniejszy, śpiączka nieznaczna. Skóra i części głębiéj leżące w miejscach nacięcia przechodzą w nekrozę, a z miejsc tych sączy się mocz. Zmiana opatrunku dwa razy dziennie. Wewnętznie to samo co dnia poprzedniego.

28/IX. Ciepłota rano 38·6, wieczór 39° C., tętno rano 108, wieczór 130. W organach wewnętrznych zmian wykazać nie można. Naciek moczowy z pachwin posunął się przez powłoki brzuszne ku spojeniu łonowemu i sięga prawie 2½ ctm. poniżéj pępka w linii środkowéj. Na wysokości 1 ctm. ponad spojeniem łonowem, nieco na prawo od linii środkowéj wytworzył się ropień barwy szaro-zielonkowatéj. Mocz sączy się z miejsc naciętych, cewką wcale nie płynie. Leczenie, co dnia poprzedniego.

29/IX. Nieprzytomność, rano drgawki ograniczone do mięśni w kończynach górnych. Ciepłota 40° C., tętno 120, dość słabo napięte. Wobec szerzącego się nacieku przystąpiono do dalszego zabiegu operacyjnego: powłoki brzuszne przecięto dość głęboko przez środek owego szaro-zielonego nacieku, który właściwie był ogniskiem nekrotycznem, moszna i międzykrocze przecięto w raphe i wydobyto z *isthmus urethrae* kamyk moczowy twardy, zbity o powierzchni chropowatéj, kształtu nieregularnego klina, barwy sinawo białéj z odcieniem brudno-żółtawym, długości 9 mm., o krawędziach tępych lecz niezaokrąglonych. Kamyczek ten ułożony był w ten sposób, że jednym końcem był w cewce a drugim, t. j. raczéj wierzchołkiem tego klina, wystawał przez cewkę do *fascia perinei* a więc leżał na ukos tak, że wyjęcie jego możebnem było dopiero po nacięci części błoniastéj cewki, a więc po zrobieniu *urethrotomia externa*. Założono kateter *à demeure*, przepłukano pęcherz 3% kwasem borowym, miejsca nacięte wytamponowano gazą jodoformową i założono opatrunek antiseptyczny. Mocz w przypadku tym kilkakrotnie badany wykazywał, iż w pęcherzu łączy się sprawa zapalna z ciężką *cystitis diphtheritica*, gdyż mocz specyjalnie na to wypuszczony, oddziaływał alkalicznie, miał woń cuchnącą amoniakalną, był mętny, zawierał znaczne strzępy błony śluzowéj i części nekrotyczne, tworzące osad śluzowo-galaretowaty. Białka ilość znaczna. Osad moczu badany wykazywał ciałka krwi czerwone w dość znacznéj ilości, bardzo liczne ciałka ropy bądź świeże, bądź rozpadłe, całe płaty przybłonka pęcherzowego, masy nekrotyczne, bardzo liczne kryształy fosforanu magnowo-amonowego, moczanu amonowego, lecz wałeczków lub przybłonków typowych nerkowych niepodobna się dopatrzyć.

Dalsze leczenie tego przypadku polegało na przepłukiwaniu pęcherza 3% kwasem borowym dwa razy dziennie, podawaniu wewnętrznie *natrum benzoicum* po 1·20 *pro die*. Zapalenie pęcherza ustąpiło, części zgorzelinowe na mosznach i prąciu odpadły, powierzchnie ranne zaczęły silnie ziarniną się pokrywać, wrócił stan bezgorączkowy i wykonano plastykę, która mimo usilnych starań pozostawi ślady w postaci zwężenia lub przetoki.

Przypadki nasze różnią się znacznie między sobą ze względu na ułożenie kamyka i stosunek do cewki moczowéj. W dwóch pierwszych przypadkach uwięźnięcie kamyka nastąpiło w ujściu zewnętrznem cewki, lecz w obu z innéj przyczyny. I tak w przypadku pierwszym obwód kamyka był większy niż ujście zewnętrzne cewki, ztąd wydostanie się go na zewnątrz było niemożebnem, tembardziéj wobec obrzmiałych ścian cewki moczowéj; w przypadku zaś drugim powodem inkarceracyi było ułożenie kamyka na ukos, gdyż ujście zewnętrzne cewki szersze niż obwód kamyka, nie mogło stanowić przeszkody wydostaniu się tegoż, to też objawy utrudnionego moczenia nie były zupełne a polegały jedynie na oddawaniu moczu kroplami. W przypadku trzecim uwięźnięcie kamyka nastąpiło w części błoniastéj cewki a kształt i wielkość jego nie dozwoliły dalszego przesunięcia się tegoż. Pominąwszy to, czy ułożenie tegoż częścią w tkankach międzykrocza, a częścią w cewce powstało samoistnie, czy też zostało sztucznie wywołane przed przyjściem do szpitala, to jednak temu ułożeniu zawdzięcza się tę okoliczność, iż zaraz po przyjęciu do szpitalu bez trudności wypuszczono mocz kateterem elastycznym, lecz sam swobodnie cewką nie odpływał, a więc przypuścić należy, iż sam prąd moczu zatykał cewkę tym kamykiem jak klapą, a mocz odpływał drogą inną sztuczną, powstałą przez przebicie cewki jednym końcem tego kończastego kamyka, co również dało powód do nacieków moczanowych. Dlatego też kształt, wielkość i ułożenie kamyka oto są czynniki, które zależnie od miejsca uwięźnięcia w cewce wpływają na rozmaite objawy utrudnionego moczenia.

Zupełnie podobne przypadki znalazłem opisane przez prof. Guersanta (syna)[1]) w sprawozdaniu z *Hôpital des enfans malades* w Paryżu, a wnosząc ze statystyk S. Werewkina, który opisuje na 19 kamyków cewkowych 15, a E. Solly na 32 kamyków 23 z takiem zejściem, jakie opisałem w przypadku trzecim, mógłbym twierdzić, że ilekroć mamy objawy utrudnionego moczenia z powodu uwięźnięcia kamyka w części błoniastéj cewki, co wykazać można jedynie badaniem sondą lub kateterem metalowym i to jaknajgrubszym, to trzeba być zawsze przygotowanym jaknajwcześniéj na zabieg operacyjny, t. j. nacięcie cewki moczowéj, od zewnątrz, nie bawiąc się długo przyrządami najrozmaitszéj konstrukcyi, służącemi do wydobycia tegoż, a nie prowadzącemi zwykle do celu, lecz tylko mogącemi dać powód

[1]) *Journal f. Kinderkrankheiten*, B. V, s. 215 i B. VI, s. 143.

do nacieków moczowych, zapaleń dyfterytycznych lub nawet włóknikowych, jak opisuje doc. J. Bókai[2]), ani też nie czekając na samoistne wydobycie tegoż przez ropienie z pozostawieniem przetoki cewki, mogącéj według opisu prof. Erichsena[3]), dać powód do inkrustacyi i ponownego wytworzenia kamyka.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. E. Lachowicz: „O wynikach leczenia operacyjnego gruźlicy stawów“.

Praca ta ukazała się jako pierwszy zeszyt „Rozpraw z zakresu medycyny praktycznéj“ redagowanych przez prof. Korczyńskiego. Autor opiera się na materyjale z lat szesnastu, z oddziału chirurg. prof. Obalińskiego w szpitalu św. Łazarza. Skreśliwszy zwięźle odmienne pojmowania obrzęków stawowych, wskazuje na drugą połowę bieżącego wieku, jako okres, w którym te różnorodne pojęcia sprowadzono do wspólnego mianownika t. j. gruźlicy. Podobne koleje przechodziło i leczenie ich, przerzucające się krańcowo od sposobów wyłącznie zachowawczych do bezwzględnych amputacyj. Przytaczając wyniki podobnych prac zestawionych w ostatnich latach, wyszczególnia autor 278 przypadków gruźlicy stawów, leczonych w krakowskim szpitalu. Najwięcéj przypada na staw kolanowy, bo 133; nawet wobec sprawy daleko posuniętéj wykonywano tu najczęściéj resekcyję, po któréj na 69 wyszło wyleczonych 45 = 65·2%, u 11 wykonano amputacyję następową = 15·9%, niewyleczonych wyszło 4 = 5·8%, umarło 4 = 5·8%, a w leczeniu pozostał 1. Artrektomiję w kolanie wykonano 24 razy, przeważnie u ludzi młodych; wyleczonych 15 = 62·5%, niewyleczonych 3 = 12·5%, umarł 1. Podając wyniki Dra Sendlera, który usilnie zaleca ten sposób operowania, jako przewyższający o wiele resekcyję, dodaje autor, że we wszystkich prawie przypadkach operowanych przez prof. O. sprawa gruźlicza nie ograniczała się tylko do torebki stawowéj, lecz niekiedy istniały już głębokie ogniska w chrząstce i kości; skoro jednak nie zawsze daje się to przewidzieć z góry, należy zatem tak poprowadzić cięcie zewnętrzne, aby z niego można wykonać tak artrektomiję jak i resekcyję kolana. Amputacyję wykonano odrazu w 29 przypadkach (wyleczonych 25, umarło 4), w 13 zaś następowo (wylecz. 11, umarło 2). Sposób leczenia bezkrwawego, jako nie dający korzyści, porzucono już od r. 1884

Z 16 resekcyj dotyczących stawu biodrowego 8 było z wyleczeniem, 1 z polepszeniem a 7 zmarło. Załączone treściwe historyje chorób świadczą, że przez resekcyję stawu biodrowego, wykonaną u ludzi młodych i w dobrych warunkach, osiągnąć można bardzo pomyślne wyniki.

Na stawie stopowym wykonano 61 operacyj, a 4 chorych leczono sposobem niekrwawym; tu wobec trudności doszczętnego usunięcia ognisk gruźliczych, liczba amputacyj jest stosunkowo znaczna, bo obejmuje 33 przypadki. Resekcyj wykonano 14.

Gruźlica stawu łokciowego dostarczyła 30 chorych, operowanych z wynikiem ogólnie pomyślnym; na staw barkowy przypadły zaledwie 2 resekcyje. Po operacyjach wykonanych w stawie nadgarstkowym wszyscy chorzy wyszli uleczeni.

O ile wnosić można z materyjału szpitalnego, na który składają się przeważnie przypadki daleko już posunięte i zaniedbane, okazuje się, że nawet w takich okresach procesu chorobowego wiele jeszcze można uratować drogą operacyjną, a natomiast bezowocnem jest leczenie zachowawcze, do czego zaledwie nadawałyby się dzieci. Zdaniem autora do rychłego gojenia nie mało przyczynia się dokładne wytarcie pola operacyjnego jodoformem.

Dr. Paweł Radecki.

[2]) *Archiv für Kinderheilkunde*, Bd. XI, II. 1, s. 22. 1889 „*Casuistische Mittheilungen aus dem „Stefanie“ Kinderspitale zu Budapest*“ v. Doc. Dr. Bókai. — [3]) *Oesterreichisches Jahrbuch f. Pädiatrie*, N. F. B. II, s. 219, 1872.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie Tow. lek. z d. 1 czerwca 1892 r.

Przewodniczący kol. Ponikło. — Obecnych członków 27. Jako goście koll. Dr. Bogdanik z Biały, Dr. Kazimierz Godlewski ze Lwowa, Drowie Klecki i Smóchowski z Krakowa.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Dr. Bronisław Olszewski został jednogłośnie wybrany członkiem czynnym Tow. lek. krak.

3) W miejsce dotychczasowego sekretarza dorocznego kol. Jana Opieńskiego, który w lipcu opuszcza Kraków, udając się do Lwowa, wybrano jednogłośnie sekretarzem kol. Stanisława Karpińskiego, — poczem Towarzystwo wyraziło ustępującemu sekretarzowi uznanie za gorliwość w pełnieniu obowiązków sekretarza, w szczególności za wzorowe prowadzenie protokółów z posiedzeń.

4) Kol. Buzdygan okazał błony krupowe, które przedstawiały zupełny odlew grubego oskrzela wraz z drzewkowatem rozgałęzieniem wykrztuszone dwie godziny przedtem przez Stanisława Filipka, cierpiącego *pleuro-pneumonia crouposa ambilateralis asthenica.* Pień odlewu 6 ctm., a z rozgałęzieniami 13 ctm. długi, o średnicy przekroju 12 mm. Przez środek pnia zaledwie cieniutką sondę przeprowadzić można. Budowa pnia koncentryczna z poszczególnych białych błon złożona, które się na szkiełku nie dają rozetrzeć. Gałązki drobniejsze są zbite, twarde.

5) Kol. Kryński miał zapowiedziany odczyt: „O zawartości komórek rakowych“, objaśniając rzecz odpowiednio uskutecznionemi rysunkami tudzież preparatami drobnowidowemi. Prelegent omawia dotychczasowe wyniki badań w porządku chronologicznym zaczynając od Virchowa, który komórki, zawierające wewnątrz wakuole wraz z tworami, nazywa fizoliforami. L. Pfeiffer w r. 1888 znalazł postacie przypominające różne okresy rozwoju dwóch gatunków *microsporidia-plasmodiophora brassica* i *synchytrium mercuriale.* W ostatnich czterech latach liczba badań w tym kierunku znacznie się zwiększyła, większość badaczy jednak bardzo ostrożne tylko czyni przypuszczenia co do pasorzytniczego pochodzenia tych tworów. Najnowsi autorowie jak Podwysocki, Sudakiewicz i Sawczenko uważają je za niewątpliwe sporozoa a ostatni autor usiłuje wykazać pewien związek genetyczny pomiędzy oddzielnemi ich postaciami i zbadać fazy rozwoju. Inni autorowie jak Klebs, Cornil uważają opisywane twory jużto za produkty zwyrodnienia samych komórek nabłonkowych, jużto za różne okresy patologicznej karyjomitozy. Kwestyja daleką jest od rozstrzygnięcia a najważniejszą przyczyną tego jest brak dokładniejszéj znajomości morfologii i histologii sporozoów. Prelegent badał znaczną ilość raków, które natychmiast po wyjęciu stwardniał w rozczynie stężonym sublimatu. Znajdowane twory dzieli na 3 grupy: 1) małe twory kuliste, jednostajnéj budowy, mocno się barwiące, leżące zwykle po 3—7 w protoplazmacie komórki; 2) duże kule 5—8 razy większe od poprzednich leżą pojedyńczo lub po dwie w komórkach, spotykają sie nadto kombinacyje pierwszéj grupy z drugą; trzecią grupę stanowią twory mniéj lub więcéj owalne lub gruszkowate z wyraźną torebką, zawierające wewnątrz dużo drobnych tworów rozmaitego kształtu: owalne, laseczkowate lub półksiężycowate. Jądra komórek rakowych zwykle są uciśnięte i odsunięte ku obwodowi, często zaś nawet wcale ich niema. Niekiedy w sąsiednich komórkach znajdują się figury karyjokinetyczne, nigdy zaś spotkać nie było można oznak zapalnego odczynu ze strony tkanki. Histologija patologiczna nie wyjaśnia nam bynajmniéj przyrody tych tworów, przemiany wsteczne bowiem w komórkach nie dają wytworów o konturach tak określonych. Przy porównywaniu ich z różnemi postaciami pierwotniaków, przedstawionych w monografii Pfeiffera, uderza wielkie ich podobieństwo do szeregu form rozwojowych z rodzaju *coccidia, microsporidia* i *myxosporidia.* Tworzące się sporocysty przypominają bardzo postacie z rodzaju opisanych w grupie 3-ej, z czem pasorzytnicze ich pochodzenie zdaje się być więcej niż prawdopodobne. Znaczenie tych tworów jednak w etyjologii nowotworów rakowych

jest zupełnie wątpliwe, już z tego powodu, że znaleść je można nie we wszystkich rakach; nie ma ich często w nowotworach bujających szybko, podczas gdy znajdował je prelegent w największéj ilości w guzach miękkich, mających skłonność do rozpadu. Wreszcie nigdy nie udało się prelegentowi widzieć ich wewnątrz naczyń, coby miało miejsce, gdyby tą drogą miały one wywoływać przerzuty. Wobec tych danych kol. Kryński skłaniając się do przypuszczenia pasorzytniczéj natury tych tworów, wyraża wątpliwość co do istnienia związku etyjologicznego z nowotworami rakowemi, w których grają one zupełnie bierną rolę pasorzytów, żyjących kosztem danéj grupy elementów komórkowych organizmu.

W dyskusyi przypuszcza kol. Sroczyński, iż twory w mowie będące są może odmienne co do swéj istoty, skoro jak to widać na rysunkach są rożnie zabarwione.

6) Kol. Wachholz wygłosił rzecz o przewrotnym popędzie płciowym", która będzie drukiem ogłoszona w „Przegl. Lek.". Prelegent objaśniał swój odczyt przykładami jużto z praktyki własnéj wziętemi, już też od innych kolegów zaczerpniętemi.

W dyskusyi zabiera głos kol. Sroczyński i zaznacza, że podział objawów przewrotnego popędu płciowego, jak go przeprowadził prelegent, jest sztuczny i nie ściśle naukowy. U wszystkich bowiem osób, okazujących przewrotny popęd płciowy wspólnem jest to, że choroba zaczyna się od chwili, w któréj doznały te osoby jakiegoś silniejszego uczucia i przez *associatio idearum* łączą je następnie z przedmiotem, który to silne wrażenie wywołał, jak to ma miejsce w przypadku przytoczonym przez prelegenta.

Kol. Zarewicz, przytoczywszy kilka przypadków z praktyki, stwierdza, że przewrotny popęd płciowy ma miejsce przeważnie u mężczyzn starych i ci ulegają później często chorobie umysłowéj, ztąd ostrożnym należy być przy zasądzaniu takich ludzi. Mówca nie zgadza się z prelegentem i z przeważną liczbą autorów, jakoby onania sama była powodem tak ciężkich zaburzeń jużto w zakresie zdolności spółkowania już też w sferze psychicznéj, twierdzi natomiast, że neurastenija występuje u osobników obciążonych zboczeniami nerwowemi, dopiero skutkiem czytania zastraszających dzieł, traktujących o skutkach onanii i t. p.

Kol. Buzdygan opierając się na materyjale ambulatoryjnym kliniki lekarskiéj, godzi się z zapatrywaniami wypowiedzianemi przez kol. Zarewicza, wykazując nadto, iż u jednych onanistów są objawy przytępienia umysłowego, u innych nie.

Kol. Oettinger nie może zgodzić się z pojęciem uczucia miłości, podanem przez prelegenta na wstępie, twierdząc, że miłość nie jest od popędu płciowego zależną, bo są inne różne miłości, oprócz miłości do kobiety.

Kol. Szewczyk opowiada przypadek, gdzie maleńkie dziecko było onanizowane przez mamkę, która części rodne dziecka do ust brała.

Kol. prof. Blumenstok przypomina prelegentowi, iż pominął w literaturze odnoszącéj się do tych zboczeń prof. Tarnowskiego w Petersburgu, który zarówno jak wszyscy psychijatrzy rosyjscy większe ma doświadczenie w tym kierunku niż my. Co do przewrotnego popędu płciowego u starców, to zdaniem mówcy świadczy on już albo o istniejącem niedołęstwie starczem lub jest zapowiedzią téj choroby. Mowca wspomina również o pewnéj formie przewrotnego popędu płciowego, mianowicie o ekspozycyjonistach, która to forma również znamionuje niedołęstwo starcze, dlatego radzi w przypadkach sądowo-lekarskich być ostrożnym i obok wieku uwzględniać to, że ekspozycyjonizm bywa często zapowiedzią lub objawem niedołęstwa starczego.

Kol. Bogdanik nie zgadza się z prelegentem w tym kierunku, aby pederaści z zawodu byli biernymi i twierdzi, że oni są czynni.

Kol. Wachholz odpowiada prof. Oettingerowi, iż w określaniu pojęcia miłości, miał na względzie tylko miłość do kobiety; na twierdzenie kol. Bogdanika odpowiada, iż pederaści po większéj części są bierni, t. j. tacy, którzy już od urodzenia przyjmują rolę bierną kobiety. Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr. Jan Opieński.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 24 czerwca. Następujący koledzy zgłosili dotychczas wykłady na *IV Zjazd chirurgów polskich* w Krakowie: 1) prof. Browicz: O teoryi pasorzytniczéj raka (z demonstracyjami); 2) prof. Obaliński: O leczeniu grużlicy kości i stawów; 3) prof. Rydygier: O ranach przepony; 4) Dr. Słapa: Wyniki leczenia konserwatywnego w grużlicy stawów i kości (z oddziału chirurgicznego szpitala św. Ludwika); 5) Dr. Kryński: O tworach w komórkach rozmaitych postaci wola.

* W publicznéj służbie zdrowia w Galicyi zaszły następujące zmiany: Lekarze powiatowi Dr. Ignacy Januszkiewicz w Pilznie, Dr. Błażéj Kijas w Mielcu i Dr. Leon Machalski w Tarnobrzegu przeniesieni zostali w stan spoczynku; natomiast mianowani zostali lekarzami powiatowymi 1-éj klasy dotychczasowi lekarze powiatowi 2-éj klasy: Dr. Antoni Pietrzycki w Brzesku, Dr. Antoni Broniowski w Sokalu, koncypista sanitarny Dr. Zdzisław Lachowicz; lekarzami powiatowymi 2-éj klasy asystenci sanitarni: Dr. Feliks Najedło w Krośnie, Dr. Józef Kownacki w Wieliczce, Dr. Aloizy Löwy w Nisku; koncypistą sanitarnym Dr. Leon Rosenbusch; asystentami sanitarnymi: lekarze pułkowi Dr. Józef Peters w Dolinie, Dr. Józef Friedberg w Jaśle, lekarze praktykujący Dr. Januszkiewicz w Pilżnie, Dr. Włodzimierz Szczepanicki w Rzeszowie; przeniesieni lekarze powiatowi Dr. Adam Krzystałowicz z Doliny do Żółkwi, Dr. Alfred Berggrün ze Żółkwi do Chrzanowa, asystent sanitarny Dr. Bronisław Warzycki ze Złoczowa do Mielca.

* Otrzymaliśmy następujące ostrzeżenie, które w interesie młodszych kolegów podajemy:

„Przed kilku dniami pojawiło się w dziennikach ogłoszenie na opróżnioną posadę lekarza miejskiego, raczéj oglądacza bydła i mięsa, w gminie Bohorodczany, przyczem położenie w różowych kolorach przedstawiono.

Ostrzegam Szanownych Panów Kolegów, aby bezpotrzebnie nie łudzić się szumnem ogłoszeniem, bo sprawa ta polega na niegodnych intrygach uwłaczających naszemu stanowi. — W miejscu jest przed rokiem osiadły młody lekarz, Dr. wszech nauk lekarskich, przeciw któremu pewne indywidua w sposób niegodny występują. Moim zaś obowiązkiem jest stać na straży interesów lekarskich mojego powiatu, oświadczam przeto, że wszelkich sił dołożę, aby osiadły już lekarz, któremu nic zarzucić nie można, otrzymał rzeczoną lichą posadę".

Dr. Antoni Coghen, c. k. lek. pow.

* Na ostatniem posiedzeniu Wydziału lek. Uniw. Jagiell. dziekanem na rok przyszły szkolny wybrany został jednomyślnie prof. Korczyński. Gdy jednak tenże oświadczył, że z powodu rozlicznych zajęć nie mógłby bez uszczerbku na zdrowiu podołać nowemu obowiązkowi i prosił o uwolnienie go od takowego, Wydział uznawszy słuszność jego motywów wybrał również jednogłośnie dziekanem na rok przyszły prof. Blumenstoka.

* **Wiadomości uniwersyteckie.** Mianowami zostali nadzw. profesorami w Uniw. wiedeńskim docenci prywatni: prymaryjusz Dr. Józef Englisch (chirurgii), Dr. Otton Bergmeister (okulistyki), Dr. Ferdynand Hochstätter (anatomii opisowéj), Dr. Aleksander Kolisko i Dr. Ryszard Paltauf (anatomii patologicznéj), a potwierdzeni zostali jako docenci prywatni Dr. Otton Zuckerkandl i Dr. Maurycy Schuster (chirurgii). — W Wydziale lek. uniwersytetu czeskiego w Pradze otwartą została w szpitalu powszechnym klinika dla chorób ucha, nosa i jamy gardłowéj i kierownictwo jéj poruczono prof. Emilianowi Kaufmannowi.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Franciszek Ferensiewicz z Gorlic, Franciszek Krzystałowicz z Krakowa i Szymon Meth z Sobniowa w Galicyi.

* **Zmarli.** D. 13 b. m. umarł Dr. Ludwik Schnell, dyrektor zakładu dla obłąkanych w Hildesheim w 75 roku życia. Zmarłemu zawdzięcza psychijatryja poznanie i odróżnienie pomięszania pierwotnego (*Paranoi*) oraz założenie pierwszéj w Niemczech osady rolniczéj w Einum pod Hildesheimem w r. 1864. — Zmarły w Pradze w 79 roku życia b. prof. i dyrektor krajowego zakładu dla obłąkanych Dr. Jakób Fischel przeznaczył kapitał 90,000 złr. na cele dobroczynne. — W Dreznie umarł jeneralny lekarz wojska saskiego Dr. Wilhelm Roth, licząc lat 69, znany autor podręcznika o higijenie wojskowéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Do Nru niniejszego dołącza się ogłoszenie o diuretynie Knolla.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.